

Szybka ścieżka diagnostyki pacjenta z rakiem płuca w CO [1]

Rozmowa z doktorem Piotrem Matuszewskim, specjalistą chirurgii klatki piersiowej, kierownikiem Pracowni Broncho-ezofagoskopii w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej CO

21 listopada obchodzony jest na całym świecie światowy Dzień Rzucania Palenia. Wszyscy już wiemy, że palenie tytoniu pod każdą postacią, czy to papierosów tradycyjnych, czy ich elektronicznych i innych zamienników, jest czynnikiem powodującym raka płuca. Rocznie w naszym województwie stwierdza się ponad 750 nowych zachorowań na ten nowotwór. Proszę powiedzieć, co jest najistotniejsze w leczeniu raka płuca?

- Najistotniejsze jest to, na jakim etapie, w jakim stadium choroby pacjenci uzyskują rozpoznanie błędnie podstaw do wdrożenia leczenia. Zwykle niestety za późno. W skali kraju dużym problemem jest to, że od momentu możliwości uzyskania rozpoznania, poprzez wszystkie etapy diagnostyki, które trzeba spełnić, do momentu rozpoczęcia leczenia określonego na konsylium, upływa tyle czasu, że choroba postępuje i może pozbawić pacjenta szans na skuteczniejszą terapię. Takie są realia. My je próbujemy modyfikować w naszym ośrodku. Pan profesor Stanisław Górecki, dyrektor Witoldzkiego Centrum Onkologii powiedział kilka lat temu: diagnostyka w raku płuca ma priorytet, ma być wykonywana jak najszybciej, jak najsprawniej. Dlatego przekształciłyśmy działalność naszej kliniki pod kątem tej diagnostyki.

Czy da się w ciągu 1 dnia zdiagnozować raka płuca?

- Nigdzie na świecie nie ma takiego ośrodka, który byłby w stanie rozpoznać w ciągu jednego dnia wszystkie parametry choroby nowotworowej, pozwalając na przedstawienie pacjenta na konsylium. Natomiast oczywiście możliwa jest jednodniowa diagnostyka pacjenta z podejrzeniem raka płuca w celu uzyskania materiału wystarczającego do rozpoznania tej choroby oraz następnie do późniejszego oznaczenia wszelkich innych parametrów takich jak, szczegółowe badanie histopatologiczne, immunohistochemiczne, badania z zakresu biologii molekularnej czyli tak zwana genetyka guza oraz badania PDL-1. Są one niezbędne do wdrożenia pełnego i coraz częściej skutecznego leczenia. I tak? jednodniową diagnostykę w zakresie pobrania materiału prowadzimy w przypadku wszelkich nowotworów występujących w zakresie klatki piersiowej od kilku lat.

Tego typu działania zostały wprowadzone w Klinikę Chirurgii Klatki Piersiowej Witoldzkiego Centrum Onkologii już w 2021 roku. Na czym one polegają?

- Został oddelegowany do Pracowni Broncho-ezofagoskopii, aby maksymalnie zintensyfikować działania pracowni, żeby nie było pacjenta z podejrzeniem raka płuca, czy z podejrzeniem nowotworu klatki piersiowej, który czeka na diagnostykę z pobraniem materiału nie wiadomo jak długo. Nasi pacjenci, którzy przychodzą do poradni, trafiają na diagnostykę najpóźniej w ciągu 7 dni od momentu wizyty w poradni. Natomiast wszelkie badania potrzebne do ustalenia przyczyny choroby (związane z pobraniem materiału do badań potwierdzających chorobę nowotworową) odbywają się w ciągu 24 godzin od przyjęcia pacjenta do naszej kliniki. W tej chwili pacjenci przychodzą już wcześniej przygotowani, ponieważ w naszej poradni otrzymują instrukcje dotyczące zarządzania leczeniem przeciwnowotworowym, ponieważ z reguły są to pacjenci z wielochorobowością, przyjmujący wiele leków, więc musimy ich przygotować do naszych badań, błędnych diagnostyk inwazyjnych i wiązanych z przerwaniami cięgien tkanek. Zatem odpowiednio przez nas przygotowany pacjent zgłasza się do naszej kliniki rano, a cały jego pobyt, związany z pobraniem materiału potrzebnego wykonania wszystkich badań niezbędnych do potwierdzenia raka płuca, zawiera się w ciągu 24 godzin. My chcemy podczas jednodniowego pobytu uzyskać materiał, który daje nam bardzo wysokie prawdopodobieństwo, że to będzie jednorazowa wizyta pacjenta w klinice, po wizycie diagnostycznej. Natomiast bojąc się, że w skali kraju jest to, że szpitale mają problemy z procedurami najdroższymi, a te procedury wykonywane są w niektórych ośrodkach sekwencyjnie, na przykład: pacjent przychodzi na bronchoskopię, ale ponieważ nie można policzyć niczego więcej, w związku z tym jest kierowany na EBUS czyli przezkaszelową biopsję wznowioną co dwa tygodnie, później, jeżeli potrzebne jest coś więcej, ma wykonywane kolejne badania za dwa tygodnie i ten proces diagnostyczny się wydłuża.

Chory i lekarze tracą czas. Ale czy w takim razie taka skrócona ścieżka, jak wypracować o CO się opiera?

szpitalowi? Bo pacjentowi na pewno tak.

-My wychodzimy z za?o?enia, ?e dla nas najwa?niejszy jest pacjent i dla pacjentów wykonujemy wszystkie niezb?dne badania podczas jednego pobytu. Mamy p?acone za procedur? najdro?sz?, niemniej jednak nie sta? nas na utrat? czasu.

Czyli w ?CO pacjent ma wykonane w ci?gu jednego dnia wszystkie niezb?dne badania, w tym EBUS i EUS-B, nie trzeba go umawia? co dwa tygodnie, jak wymaga p?atnik? Mamy analogiczn? sytuacj?, jak jeszcze kilka miesi?cy temu przed zmian? przepisów dotycz?cych diagnostyki pacjentów z mutacj? w genie BRCA1/BRCA2, kiedy szpitale musia?y nagina? rzeczywisto??, tworzy? fikcyjne hospitalizacje, ?eby NFZ zap?aci? za pobranie materia?u do bada?. Albo wykonywa?y te badania bez mo?liwo?ci uzyskania refundacji.

-Niestety tak jest. System na nas nak?ada spe?nienie warunków i uzyskanie odpowiedzi na pytania dotycz?ce bardzo szczegó?owej parametryzacji choroby. Na konsylium mo?e stawi? si? pacjent z rozpoznanym rakiem p?uca w zakresie histopatologicznym, immunohistochemicznym, biologii molekularnej i bardzo precyzyjnie okre?lonym stopniem zaawansowania zgodnie TNM po badaniach tomografii komputerowej oraz PET CT. Dlatego chcemy maksymalne du?o uzyska? za jednym pobyt?m pacjenta, bo s? to bardzo cz?sto ludzie bardzo schorowani, dla których przyjazd na kolejn? porcj? bada? diagnostycznych jest rzecz? karko?omn?, nie tylko ze wzgl?du ich ogóln? wydolno??, ale tak?e ze wzgl?du na barier? komunikacyjn?, bo cz?sto s? to równie? chorzy z ma?ych wiosek lub bez braku mo?liwo?ci indywidualnego transportu. Dla nas kluczowe jest, aby u tych pacjentów wykona? maksymalnie du?o w zakresie diagnostyki w ci?gu tych 24 godzin, ?cznie z diagnostyk? obrazow? lub konsultacj? kardiologiczn?. A na razie mówimy tylko o podstawowej diagnostyce otwieraj?cej pacjentowi drzwi do konsylium. Natomiast mówi?c o pe?nym post?powaniu diagnostyczno-terapeutycznym musimy pami?ta?, ?e w Polsce s? tylko trzy o?rodki, które dysponuj? nie tylko pe?nym zapleczem diagnostycznym, ale pe?nym zapleczem terapeutycznym w zakresie leczenia operacyjnego, chemioterapii czy innego leczenia systemowego oraz radioterapii pod jednym dachem. Gdzie pacjent nie musi w?drowa? z jednego o?rodka do drugiego. W naszym o?rodku mamy na miejscu pracowni? histopatologiczn? na najwy?szym poziomie. Zak?ad Patologii Nowotworów ?CO (dostarcza nam wynik w tempie ekspresowym w skali kraju) oraz o?rodek PET.

Ile czekaj? pacjenci ?CO na wynik? ?redni czas oczekiwania w skali kraju wynosi ponad 14 dni.

-W naszym o?rodku 10-dniowy czas oczekiwania na wynik jest rzadko?ci?. Zwykle otrzymujemy wyniki histopatologiczne do 5 dni. Odpowied? na pytanie, z jakim nowotworem mamy do czynienia, mam zwykle w ci?gu kilku dni i maj?c t? zwrotn? odpowied? w systemie, mo?emy ju? zleca? dodatkowe badania w postaci panelu NGS (bada? genetycznych), do czego wskazania s? jedynie wówczas gdy mamy do czynienia z rozpoznaniem raka gruczo?owego p?uca lub raka niedrobnokomórkowego. Je?li mamy raka p?askonab?onkowego, zlecamy PDL-1. To wszystko jest przez nas monitorowane w naszym systemie. Zlecenie z dnia na dzie?, po uzyskaniu wyniku badania histopatologicznego powoduje, ?e ten materia? trafia natychmiast do pracowni biologii molekularnej, któr? mamy w?asn? i jedn? z lepszych w Polsce.

Warto zauwa?y?, ?e w 2011 roku Zak?ad Diagnostyki Molekularnej ?CO jako pierwszy w Polsce zosta? wyposa?ony w aparatur? do diagnostyki niezb?dnej w terapii personalizowanej.

-I tak jest do tej pory. My nie czekamy na wynik, nie szukamy outsourcingu, która pracownia wykona dla nas taniej badania. Ca?y czas mamy wyniki na bardzo wysokim poziomie o tych samych parametrach jako?ciowych. Dzi?ki naszej wieloletniej wspó?pracy z Zak?adem Patologii Nowotworów i Zak?adem Diagnostyki Molekularnej mamy dopracowane do perfekcji ?cie?ki diagnostyczne. Nic nam nie umyka, ca?y czas trzymamy r?k? na pulsie. Warto podkre?li?, ?e pacjenci z rakiem p?uca maj? w naszym o?rodku równie? do dyspozycji PET i s? traktowani priorytetowo, poniewa? mamy ?wiadomo?? bardzo niewielkiego marginesu czasu kiedy musimy podj?? leczenie, bo to s? bardzo agresywne nowotwory.

Ile osób rocznie korzysta w ?CO z diagnostyki w kierunku raka p?uca?

-Rocznie z diagnostyki korzysta coraz wi?cej osób. W ci?gu roku wykonujemy ponad 1000 bronchoskopii, ponad 400 EBUS-TBNA, powy?ej 200 ezofagoskopii (czyli gastrokopii z ocen? prze?yku) i oko?o 50 EUS-B czyli przezprze?ykowego uk?ucia w?z?ów ch?onnych ?ródpiersia za pomoc? aparatu ebus.

Diagnozujemy równie? pacjentów z innych województw, którzy stanowi? blisko 10 %. Czasem bywa, ?e jeste?my

dla tych pacjentów trzecim szpitalem, w którym dopiero udaje się potwierdzić u nich raka p?uca i określić ?cie?k? leczenia. Pacjenci przychodzą bardzo często w nieoperacyjnym stadium choroby i nie mają ?adnych niepokojących objawów. Często są sytuacje, gdy pacjent z guzem wielko?ci pi??ci lub wi?kszym przychodzi bez ?adnych objawów i jest zaskoczony tym, że coś u niego znaleziono. Niestety rokowanie jest tym bardziej niekorzystne, im bardziej zaawansowana jest choroba. Tu dochodzimy do clue rozpoznania. Musimy pamiętać, że spośród 100 % pacjentów z rakiem p?uca tylko ok.20 % kwalifikuje się ze względu na stan zaawansowania choroby do zabiegu operacyjnego, a leczyć chcemy wszystkich. 80 % nie otrzyma leczenia operacyjnego, cz??? z tych pacjentów nie otrzyma ?adnego leczenia ze względu na swój stan ogólny, u nich b?dzie stosowane leczenie objawowe. Jednak lwi? cz??? b?d? jednak stanowi? pacjenci, którzy z jednej strony nie mogą być operowani, ale z drugiej strony mogą być leczeni onkologicznie z wykluczeniem operacji. I tu wchodzimy z radiochemioterapią, czy nowymi metodami leczenia systemowego w postaci immunoterapii czy leczenia celowanego inhibitorami kinazy tyrozynowej, a do tego potrzebne są te wszystkie badania molekularne, o których wspominaliśmy.

Gdybyśmy chcieli na dwóch ?cie?kach postawić diagnostykę pacjenta w ?CO i innym o?rodku, nawet pulmonologicznym, to są dwie różne rzeczywistości. To samo dotyczy leczenia. U nas zdarza się, że pacjenci z nieoperacyjnym rakiem p?uca są przyjmowani do leczenia systemowego w ciągu jednego dnia od konsylium. Dla pacjentów radiochemioterapeutycznych te procedury są wszczynane w ciągu kilku dni. Bo dla pacjenta liczy się ka?dy dzie?.

Rozmawia?a

Izabela Opali?ska

[2]

[3]

[4]

[5]

Aktualno?ci

Source URL:<https://www.onkol.kielce.pl/en/node/2435>

Links

[1] <https://www.onkol.kielce.pl/en/node/2435> [2] https://www.onkol.kielce.pl/sites/default/files/galerie/1_24.jpg [3]

https://www.onkol.kielce.pl/sites/default/files/galerie/2_24.jpg [4]

https://www.onkol.kielce.pl/sites/default/files/galerie/4_16.jpg [5]

https://www.onkol.kielce.pl/sites/default/files/galerie/6_10.jpg